

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 142

Du Traitement
des Fistules Vésico-Vaginales
par la
voie sus-pubienne transvésicale
(avec incision transversale de la vessie)

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MAZET

Interne des Hôpitaux de Grenoble.

né à St-GUILLAUME (Isère) le 25 Janvier 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

DU TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-
VAGINALES PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE
TRANSVÉSICALE.

(avec incision transversale de la vessie)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1922-1923 — N° 142

Du Traitement
des Fistules Vésico-Vaginales
par la
voie sus-pubienne transvésicale
(avec incision transversale de la vessie)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges MAZET

Interne des Hôpitaux de Grenoble.

né à St-GUILLAUME (Isère) le 25 Janvier 1897.



LYON

Imprimerie, BOÏSC, Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOHEL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie Interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURSTITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRÉVIER.
Orthopédie	LAROTENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE. (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaires

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROCHET, président, M. GAYET, assesseur
MM. THÉVENOT Léon et COTTE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Leur vie toute de sacrifice et de labeur,
sera toujours pour nous le meilleur
des exemples; ce modeste travail n'est
qu'un faible témoignage de notre
grande reconnaissance et de notre
profonde affection.

A MON GRAND-PÈRE

Qui berça notre enfance, en témoignage
de vénération filiale.

A MA SŒUR

Gage de tendre affection.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Professeur de Clinique Urologique

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous le prions d'agréer l'hommage de nos très respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a prodigué ses conseils et a mis ses observations à notre disposition avec une extrême obligeance. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici notre profonde gratitude et notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE :

MM. LES DOCTEURS PERRIOL, TERMIER, DALBAN,
BOSQUETTE (*in Memoriam*), GAUTIER, TRA-
VERSIER, DETOURBET, CORNELOUP, SIGAUD,
LAMY, SALVA, CIBERT, MARTIN-SISTERON.

DU TRAITEMENT DES FISTULES VESICO-VAGINALES PAR LA VOIE SUS-PUBIENNE TRANSVÉSICALE.

(avec incision transversale de la vessie)

Historique.

L'idée d'utiliser la voie transvésicale pour fermer les fistules vésico-vaginales est née des insuccès obtenus par la voie vaginale ; (cette voie étant insuffisante pour un grand nombre de fistules dont l'accès par la voie naturelle est rendu difficile par leurs modalités spéciales) et des déboires causés par les méthodes d'obturation indirecte, par le colpocléisis en particulier.

Eugène MONOD, dans son article « Fistules urinaires », du *Dictionnaire Encyclopédique*, avait émis cette idée : « Il y aurait enfin un moyen d'atteindre directement les fistules vésico-vaginales, ce serait de les aborder par la voie vésicale, à l'aide de la taille hypogastrique. »

Le 12 mars 1881, TRENDLENBURG mettait en œuvre et préconisait la voie transvésicale, en tentant d'opérer, par cette voie, une large fistule adhérente par ses bords à la symphyse pubienne. Cette première tentative échouait, ainsi que la suivante, pratiquée trois

ans plus tard. Cependant, TRENDELENBURG persistait dans cette nouvelle opération, facilitée par la position inclinée à 45° qu'il créait à la même époque. « Il est certain, dit-il, que la position haute du bassin, offrant au regard l'intérieur de la vessie, au point qu'on puisse y pratiquer des opérations assez fines, n'a pas frappé l'attention des chirurgiens autant que je l'aurais souhaité. » Et, en 1888, il renouvelle la cure d'une fistule vésico-vaginale par la voie transvésicale ; il obtient un résultat excellent. Deux ans plus tard, il inspire la thèse de CARL GRUBE (Bonn, 1890), et publie deux nouveaux succès. « Mon opération, dit-il, doit être réservée aux fistules inabordables par le vagin. »

Les premiers succès du créateur de la voie haute lui rallient quelques chirurgiens : BAUMM, MADELUNG, BARDENHEUER, EVERKE, en Allemagne ; MAC GILL, en Angleterre ; LÉOPOLD, en Amérique.

En France, le premier qui adopta cette nouvelle opération fut POUSSON ; il publie une observation dans son mémoire de 1894, paru dans les *Archives Provinciales de Chirurgie*, et commente la technique à suivre. Son élève TEYNAC, défend les mêmes idées dans sa thèse de Bordeaux (1894-1895), et trouve à ce moment un ensemble de dix observations.

En 1896, Simon DUPLAY ajoute une observation nouvelle et décrit avec soin la technique opératoire.

Puis, les succès se multiplient et les indications opératoires se précisent dans la thèse de MARTIN Ch., en 1897.

SEGOND, en 1900, communique à la Société de Chi-

rurgie, un cas de fistule qu'il a abordée par la taille hypogastrique.

RAFIN, en 1901, obtient ainsi une guérison ; cette observation fait le sujet de la thèse de son élève, THIERS, en 1904. Pour ce dernier, les complications vésicales des fistules (infection, calculs) sont une indication d'intervenir par la vessie ; mais cette voie reste pour lui difficile et compliquée.

En 1904, ROCHET et RUOTTE publient, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, un procédé nouveau, sur lequel nous insisterons plus loin. Ils apportent quelques modifications opératoires à la taille hypogastrique transversale et donnent, avec une voie d'accès commode, la facilité de pouvoir explorer les orifices urétéro-vésicaux. C'est la taille transversale, avec lambeau cutané à base supérieure. Cette exploration est absolument indispensable ; elle représente le plus gros avantage de la voie sus-pubienne, dans la cure des fistules vésico-vaginales.

Des cas nouveaux sont rapportés par DELBET, SCHWARTZ, IMBERT et dans la thèse de SURIN, élève de VILLARD, nous trouvons des observations de DENIS, d'Alger, de VILLARD et de ROCHET. Les deux observations de M. le Professeur ROCHET donnent l'explication des insuccès fréquents de la voie vaginale, dûs à ce que l'un ou même les deux orifices urétéraux sont compris dans la suture de la fistule. SURIN a le mérite d'insister, à juste titre, et le premier, sur l'importance de la cystoscopie, quand elle est possible, pour reconnaître la situation des orifices urétéraux par rapport à la fistule. Il préconise la taille transversale modi-

fiée, de ROCHET et RUOTTE, qui, dit-il, semble réunir les avantages et éviter les inconvénients de toutes les méthodes précédentes.

En 1910, ROCHET et MULLER publient une observation de fistule, dont l'opération par voie haute leur semble indiquée par la présence des rapports étroits de la fistule avec l'orifice urétéral.

Ils insistent encore sur le danger que constitue ce voisinage et la façon de se comporter à ce sujet. On trouvera, dans une de nos observations personnelles, un cas analogue.

En 1911, PASTEAU, dans le *Journal d'Urologie*, résume la technique de la taille hypogastrique. Il rejette le ballon de Pétersen, que l'on introduisait dans le rectum, et le remplace par le doigt d'un aide, qui, par le vagin, remonte et repousse la vessie en bonne place (procédé de GENOUVILLE).

En 1912, à propos d'une observation de CHEVASSU, MICHON fait un rapport très intéressant à la *Société de Chirurgie*. La même année, CHEVASSU suggère la thèse de GOURVITCH, et, en 1914, la thèse de FRANCEY, inspirée par MARION, augmente le nombre des cas publiés, réunissant trente-trois observations. La méthode de choix de la voie sus-pubienne comporte, pour ces derniers, l'incision médiane de la paroi et la taille vésicale longitudinale, avec mise en place, à l'intérieur de la vessie, de l'écarteur de LEGUEU, muni de son dépresseur postérieur.

A la séance du 29 janvier 1919 de la *Société de Chirurgie* de Paris, et à celle du 16 juin de la *Société d'Urologie*, MARION défend le traitement des fistules

vésico-vaginales par la voie transvésicale, qu'il préfère à la voie transpéritonéo-vésicale, décrite par LEGUEU, et qui a donné à son auteur une série de résultats impressionnants.

En 1920, DAVALOS, dans sa thèse inspirée par MARION, rapporte 13 observations nouvelles, décrit minutieusement la technique opératoire de son maître et pose, d'une façon parfaite, les indications du traitement des fistules par la voie transvésicale.

Enfin, dans le *Lyon Chirurgical* du 3 mars 1921, GAYET publie une observation de fistule vésico-vaginale traitée par voie haute. « Certes, dit-il, dans les fistules bas situées, avec vagin souple et libre, la voie vaginale s'impose par sa simplicité et son peu de gravité. Mais combien souvent ces conditions ne se retrouvent pas. La voie hypogastrique me paraît plus logique et même plus bénigne. Elle ménage la sécurité des uretères et permet de traiter la cystite, d'enlever un calcul. »

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

Il est classique de les distinguer en : fistules obstétricales, opératoires, pathologiques et traumatiques.

Les fistules obstétricales sont le plus souvent consécutives à un accouchement laborieux : présentation de l'épaule, viciation du bassin, volume exagéré de la tête fœtale, longue durée du travail. La compression prolongée de la cloison vésico-vaginale amène la mortification de la région comprimée, qui se sphacèle et se détache vers le quatrième ou le cinquième jour.

D'autres fistules obstétricales sont dues à des applications de forceps ou à une basiotripsie.

Les fistules opératoires sont également fréquentes ; on les observe à la suite de l'hystérectomie abdominale totale, ou de l'hystérectomie vaginale, si le décollement vésico-vagino-utérin n'est pas convenablement fait et que la vessie soit intéressée. Parfois, primitivement, il n'existe pas de lésion vésicale ; mais l'amincissement de la paroi vésicale, que l'on a décollée, provoque la fistulisation secondaire. Une fistule vésico-vaginale peut également résulter d'une taille

vaginale, opération rarement pratiquée aujourd'hui.

Les *fistules pathologiques ou spontanées* sont rencontrées le plus souvent à la période ultime des néoplasmes de l'utérus, du vagin ou de la vessie ; mais elles ne sont alors d'aucun intérêt au point de vue d'une intervention chirurgicale, n'étant pas opérables.

Elles peuvent être consécutives à une ulcération progressive de la cloison vésico-vaginale, à point de départ soit vaginal (pessaire volumineux négligé), soit vésical (calcul infecté, corps étranger).

On a vu aussi des phlegmons anté-utérins, des hématoécèles suppurées s'ouvrir à la fois dans le vagin et dans la vessie. La tuberculose vésicale ou une gomme syphilitique peuvent exceptionnellement provoquer une fistule vésico-vaginale.

Enfin, les *fistules par traumatisme accidentel* (chute à califourchon sur un corps pointu, VERNEUIL, FREUND, introduction dans le vagin d'un corps quelconque, dans un but érotique ou pour provoquer un avortement). On a vu encore des déchirures de la cloison vésico-vaginale produites au cours du coït.

Anatomie Pathologique.

Les fistules ont un siège très variable, soit dans le quart supérieur du vagin — elles sont alors dites hautes — soit dans la partie moyenne, soit au niveau du quart inférieur, intéressant l'urètre.

Au niveau de la vessie, la fistule intéresse en géné-

ral le trigone ; mais, dans les fistules opératoires consécutives à l'hystérectomie, l'orifice vésical peut être situé très en arrière du trigone ; la fistule résultant de la blessure de la vessie au cours du décollement de la portion adhérente.

La fistule peut être médiane ou latérale.

Les fistules opératoires siègent au niveau de la cicatrice vaginale, rarement sur les parties latérales, dans une dépression cicatricielle. En général, elle est unique ; on peut rencontrer cependant des fistules à plusieurs orifices, séparés par des bandes cicatricielles. Leur forme est très souvent arrondie ou étoilée. Le diamètre le plus considérable est, en général, transversal.

Il est des fistules petites, punctiformes, laissant filtrer un peu d'urine. Il est des fistules intéressant toute la cloison et transformant le vagin en un véritable cloaque uro-génital. Une fistule moyenne aura un centimètre environ de diamètre. Ce sont, en général, les fistules obstétricales qui atteignent la plus grande largeur.

Si la fistule est récente, ses bords peuvent être minces, souples, et la muqueuse vaginale se continue à leur niveau avec la muqueuse vésicale ; mais, dans les fistules anciennes, les bords sont épaissis, indurés, scléreux, et pour peu que la fistule présente une certaine largeur, la muqueuse vésicale fait hernie du côté du vagin.

Le vagin tolère, en général, très bien l'écoulement des urines et conserve assez souvent sa souplesse. Mais, dans certains cas, il devient induré, rétréci, cloi-

sonné, en partie ou en totalité ; soit, par formation d'un tissu cicatriciel scléreux dû à la réparation spontanée de la perte de substance, soit par inflammation chronique ou par formation d'ulcérations répétées, créées par l'écoulement incessant d'urines infectées et irritantes, ou par la décomposition de ces urines accumulées et retenues dans les diverticules vaginaux.

La vessie s'infecte assez rapidement ; on observe une diminution de capacité, la formation de calculs, de la cystite, qui provoque la transformation ammoniacale des urines, rendues ainsi plus irritantes encore pour le vagin et la vulve, de la péricystite. Parfois, l'infection gagne le rein.

La vulve est souvent irritée ou ulcérée par le passage de l'urine.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'existence d'une fistule vésico-vaginale ne présente pas, en général, de difficultés bien grandes. L'histoire de la malade permet déjà d'avoir souvent les plus grandes présomptions : perte d'urines, continue ou intermittente, selon la position de la malade, à la suite d'un accouchement, d'une hystérectomie, etc... La gêne provoquée par cet écoulement est considérable ; en dehors de celle que cause aux malades cette inondation perpétuelle, il faut ajouter la cuisson qui résulte de l'irritation de la vulve et de la racine des cuisses par le passage de l'urine.

Ces régions sont le siège de rougeur et même d'exulcérations parfois *incrustées*. En outre, elles dégagent une odeur ammoniacale désagréable. On comprend quelle infirmité constitue pour les malades une telle lésion, dont elles demandent qu'on les débarrasse à tout prix.

L'examen, d'autre part, révèle l'existence de la fistule. Par le toucher vaginal souvent on parviendra à introduire le doigt dans l'orifice, on en reconnaîtra le siège, les dimensions.

La vue donnera encore des renseignements plus précieux, soit au moyen du spéculum, soit avec une valve vaginale. On mettra à découvert la paroi antérieure du vagin et l'on recherchera d'où provient l'écoulement d'urine. Il sera souvent facile de découvrir le point où il se produit. S'il n'apparaissait pas immédiatement, on injecterait du liquide dans la vessie, pendant qu'on pratique l'examen. On peut également employer, pour les fistules de petites dimensions, l'injection de liquide coloré, le vagin étant fortement tamponné. Au bout de quelques instants, en retirant les tampons, on repère sur l'un d'eux la tache colorée correspondant au pertuis recherché. Citons aussi le procédé de la feuille de buvard introduite dans le vagin après assèchement complet.

L'exploration vésicale, à l'aide du cystoscope, lorsqu'elle est possible, présente un très gros intérêt. Elle renseigne sur l'état de la vessie, sur son contenu, sur le siège de la fistule et sur ses rapports avec les orifices urétéraux, rapports dont M. le Professeur ROCHET a signalé l'importance à plusieurs reprises. Dans les

fistules avec perte de substance étendue, ce mode d'investigation ne peut être employé ; mais, dans les fistules de petites et même de moyennes dimensions, la cystoscopie est possible, à condition de placer, au préalable, dans le vagin, un tamponnement serré.

INDICATIONS DE LA VOIE SUS-PUBIENNE

Nous n'insisterons pas sur les indications de la voie haute, à laquelle on doit toujours faire appel, chaque fois que la voie vaginale devient difficile, impraticable ou dangereuse (en particulier dans les cas de fistules situées au voisinage des uretères ou présentant de larges orifices ; fistules hautes dans un vagin profond ou rétréci, soit rétrécissement congénital, soit acquis, vagin immobilisé par des brides cicatricielles, vessie avec calculs ou polypes, etc.).

Ces indications ont été étendues, discutées et précisées à mesure que la voie haute s'affirmait simple, bénigne et efficace, et les thèses de SURIN, FRANCEY, DAVALOS, apportant leur contribution personnelle, les ont fixées d'une façon définitive.

SOINS PRÉLIMINAIRES

Les soins préliminaires à l'opération ont une grande importance pour la réussite de l'oblitération : la vessie est généralement infectée à un degré variable, il faut la désinfecter soigneusement et traiter cette cystite par les moyens habituels et variables d'ailleurs suivant son acuité : urotropine à l'intérieur, instillations et lavages au nitrate d'argent. La pyurie abondante et

persistante est signe de calcul vésical que l'examen cystoscopique aura déjà révélé. Il faut de même soigner l'érythème et les excoriations de la vulve et des régions inguinales par des applications de poudres absorbantes ou de pommade à l'oxyde de zinc, nettoyer le vagin par des lavages abondants.

Le moment de l'intervention sera choisi avec prudence, il faut attendre que la cicatrisation ait cessé de progresser, que les escarres aient été éliminées complètement pour opérer en tissu moins vasculaire, moins friable, sans être encore rétracté et scléreux.

Dans le cas où la fistule serait consécutive à une hypérectomie pour cancer utérin, on doit explorer soigneusement les culs-de-sac du vagin pour se rendre compte de l'absence de récurrence. iVolet et Murard conseillent de ne tenter aucune opération avant le sixième mois pour être assuré que le cancer ne récidive pas.

Enfin, la malade sera purgée, lavementée, puis constipée avant l'opération.

CHAPITRE II

Divers procédés de taille hypogastrique.

On peut atteindre la fistule par la voie sus-pubienne de trois manières différentes.

1° La plus simple employée par TRENDELENBURG et par nombre de chirurgiens après lui, consiste à ouvrir la vessie et arriver ainsi directement sur l'orifice vésical de la fistule : c'est *la voie transvésicale pure*.

2° On peut aussi, comme DITTEL, FORGUE, LEGUEU ouvrir délibérément le péritoine et atteindre la fistule soit en décollant la vessie du col utérin et du vagin : soit en incisant la face postérieure de la vessie : c'est *la voie transpéritonéale*.

3° Enfin on peut encore, comme BARDENHEUER n'ouvrir ni la vessie, ni le péritoine, mais décoller celui-ci de la face postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin, puis dédoubler la cloison vésico-vaginale jusqu'à la fistule : c'est *la voie sous-péritonéale*.

VOIE SOUS-PÉRITONÉALE

La voie sous-péritonéale de BARDENHEUER, une seule fois pratiquée par l'auteur, reste sans imitateur et

elle le mérite, car, elle est incommode, difficilement praticable, bridée latéralement par le péritoine non décollé, et exposée à des stagnations hématiques ou urinaires dans la zone de décollement.

VOIE TRANSPÉRITONÉALE

L'opération de DITTEL, reprise par FORGUE pour une fistule vésico-cervico-vaginale, puis appliquée à une fistule vésico-vaginale fut exécutée de la façon suivante: Par la laparotomie médiane sus-pubienne, il alla au cul-de-sac vésico-utérin qu'il incisa transversalement ; détruisant les adhérences, il décolla la vessie de l'utérus et du vagin, et arriva à la fistule. Avivement de celle-ci qu'il ferme en suturant la vessie et le vagin séparément.

Dittel a échoué dans un cas. Forgue a eu un résultat partiel dans un cas et une guérison dans l'autre. « L'opération n'est pas commode, dit le Professeur DE MONTPELLIER, le clivage de la vessie et de l'utérus gêné par les modifications cicatricielles n'a pas la netteté à laquelle nous sommes accoutumés dans l'hystérectomie ; il faut par une garniture convenable de compresse se garer contre l'effusion de l'urine : quand on arrive au dédoublement de la zone fistulaire, le placement des sutures n'est pas sans difficulté ». Pour faciliter le placement des sutures, Forgue a dû s'aider dans un cas, d'hystérectomie complémentaire.

Voilà donc la critique adressée par un des auteurs même de la méthode.

VOIE TRANSPÉRITONÉO-VÉSICALE

En 1913, LEGUEU créa, pour les fistules post-opératoires, la voie transpéritonéo-vésicale. Il obtint un succès qu'il publia dans les *Archives Urologiques de la Clinique Necker*.

En 1919, il réunissait douze cas de fistules qu'il avait opérées par cette voie, avec onze succès et un décès (non par péritonite, mais par anurie et urémie sans que les uretères aient été pris dans les ligatures et sans désunion de la vessie).

Legueu a pu étendre les applications de cette voie, reconnaître ses bénéfices, confirmer et préciser sa technique que nous résumons.

Premier temps. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. — La malade est en position déclive. On place un écarteur et le champ opératoire est protégé. On voit la face postérieure de la vessie.

Deuxième temps. — Incision de la face postérieure de la vessie. — Incision médiane longitudinale de toute la paroi postérieure de la vessie jusqu'au vagin qui est ouvert du coup. En général, sauf pour les fistules obstétricales qui ne sont pas nécessairement sur la ligne médiane, la fistule a été ouverte en même temps. On la voit entre l'ouverture vésicale et l'ouverture vaginale.

Troisième temps. — Séparation des deux orifices. — A l'aide de ciseaux, on établit l'indépendance des deux orifices en dédoublant la paroi vésico-vaginale. Le vagin et la vessie sont séparés.

Quatrième temps. — Suture isolée du vagin. — Le vagin est suturé minutieusement par quelques points à la soie qui ferment exactement son pôle supérieur.

Cinquième temps. — Suture isolée de la vessie par plusieurs plans. — On fait un premier plan de catgut qui comprend la muqueuse et une partie de la musculieuse, un deuxième plan à la soie pour la musculieuse et la séreuse, un troisième plan de péritonisation.

Sixième temps. — Péritonisation des surfaces cruentées. — LEGUEU y attache une grande importance. Devant la fistule il faut avoir soin de glisser du péritoine de la face postérieure de la vessie pour que l'indépendance des orifices fermés du vagin et de la vessie soit parfaitement assurée. Legueu conseille encore de péritoniser aussi le moignon supérieur du vagin, s'il est possible, et de l'enfouir sous le péritoine du ligament large. Enfin, suture de la paroi.

Avantages. — Cette méthode souleva une vive discussion à la *Société de Chirurgie* lors de son exposé.

Pour son auteur cette façon de procéder présente les avantages suivants : d'abord, un grand jour donné pour l'accès de la fistule, et surtout pour le dédoublement des orifices ; le décollement est très large, la libération profonde. L'accès à la fistule donne toute sécurité pour la réunion, on obtient un accolement parfait et si facile, dit-il, que jamais on ne voit de fistule à la suite de cette opération. Le péritoine est un parfait élément d'adaptation, on ne voit jamais les désunions qui se produisent parfois à la suite de la taille antérieure extra-péritonéale.

Inconvénients. — LEGUEU reconnaît lui-même l'objection de l'infection péritonéale, toujours possible, à cause de l'infection vésicale accompagnant fréquemment les fistules vésico-vaginales. Enfin, la présence de l'utérus gêne les manœuvres opératoires, le décollement vésico-utérin n'ouvre alors qu'une voie assez étroite et indirecte sur la fistule.

Le procédé de LEGUEU semble devoir être réservé pour des cas spéciaux : fistules consécutives à des hystérectomies abdominales totales à siège très haut, correspondant au sommet du vagin, avec des vessies petites, sclérosées.

Et DAVALOS dans sa thèse va même jusqu'à affirmer que, bien que les résultats obtenus par LEGUEU soient parfaits, la voie transvésicale pure reste encore supérieure, puisqu'elle permet d'obtenir des résultats aussi bons, sans risque d'infection péritonéale.

VOIE TRANSVÉSICALE PURE

On peut encore aborder la fistule par voie haute à travers la vessie, selon deux procédés : *la taille longitudinale classique* et *la taille transversale* créée par TRENDLENBURG.

I. — *Taille longitudinale.*

La méthode ordinaire employée par la plupart des opérateurs français pour la cure radicale des fistules vésico-vaginales en suivant la voie sus-pubienne est la *taille longitudinale*. La technique en a été perfectionnée par une pratique de plus en plus répandue, chacun s'efforçant d'arriver à une méthode simple, bénigne et sûre. Voici le procédé de MARION, décrit

dans le *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie* (1920).

La malade, placée dans le décubitus horizontal, est mise en position inclinée à 45°, l'opérateur est placé à gauche.

Premier temps. — Incision de la paroi et taille normale. — Incision médiane, de 7 à 8 cm. environ, commençant immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané sont réclinés, et on fend l'aponévrose de façon à découvrir l'interstice des muscles grands droits et pyramidaux. L'index de la main droite, doublé d'une compresse, s'insinue entre ces muscles, et arrive au contact de la graisse pré-vésicale qu'il refoule, avec le cul-de-sac péritonéal, vers l'ombilic. La vessie est reconnue et incisée longitudinalement de la façon suivante : l'aide, appuyant sur un Béniqué introduit avant l'opération, le fait basculer et sa pointe vient soulever la face antérieure de la vessie. Le muscle vésical est incisé sur la pointe du Béniqué, en se gardant de perforer avec celui-ci la muqueuse tendue. Cette précaution, dit MARION, a son intérêt; car, si l'on incise d'emblée la vessie jusqu'à la muqueuse, on laisse échapper cette dernière. On a de la peine à la rattraper dans la suite, et on risque de faire une mauvais incision.

On place, de chaque côté de l'incision, des fils de catgut qui serviront de fils d'appui. Ponction de la muqueuse au bistouri, et on agrandit la brèche vésicale de façon à avoir un large accès dans la cavité. Il arrive parfois, qu'en prolongeant l'incision en arrière,

le péritoine est ouvert ; on se contente tout simplement de le refermer par une suture.

Deuxième temps. — Mise en place de l'écarteur de Legueu. Exploration de la vessie. — Le vessie largement ouverte est maintenue de chaque côté par trois fils placés sur chacune des lèvres de l'ouverture ; on place les branches de l'écarteur de LEGUEU dans l'intérieur même de cette cavité. On ouvre l'écarteur et le bas-fond de la vessie se trouve mis à jour. Nettoyage de la cavité vésicale avec une compresse ; on se rend compte des particularités de la fistule : ses dimensions, ses rapports avec les uretères, la présence de calculs ou de polypes.

Troisième temps. — Fermeture de la fistule. — Avec une pince en cœur, à manche long et flexible, on saisit la muqueuse vésicale en arrière de la fistule. Cette pince soulève le fond de la vessie et rapproche la fistule de l'extérieur, la rendant plus accessible au doigt ; elle est confiée à un aide. Incision au bistouri sur le pourtour de la fistule, à l'union de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vésicale. Dissection minutieuse au bistouri pour séparer la paroi vésicale, jusqu'à 1 cm. 1/2 au moins du bord de la fistule.

La fermeture de la fistule comprendra :

1° Une suture vaginale au fil de lin, au moyen de points séparés s'il s'agit d'une fistule allongée, ou au moyen de fils en bourse, si la fistule est arrondie. Un premier plan de fils rapprochera les parois vaginales immédiatement au pourtour de la fistule ; un second, puis un troisième complèteront la fermeture,

de façon que les parois du vagin soient adossées sur une grande épaisseur.

2° Une suture vésicale en catgut : elle comprendra un seul plan qui rapprochera les lèvres de la plaie vésicale. Une hémostase très complète sera faite, le cas échéant, il ne doit y avoir aucun suintement sanguin capable de donner des caillots qui obstrueraient la sonde.

Quatrième temps. — Fermeture complète de la vessie. — La vessie sera fermée par des points non perforants de catgut fin, qui rapprocheront en masse les lèvres de l'incision ; un second plan au catgut plus fort enfouit ce premier plan, en ne prenant que les tuniques musculaires.

Enfin fermeture totale de la paroi abdominale. On place une sonde de Pezzer n° 20 dans la vessie.

Soins consécutifs. — Ils sont de très grande importance pour la réussite de la fermeture des fistules vésico-vaginales, dit MARION. La malade sera placée à plat ventre dans son lit (artifice post-opératoire de VITRAC, de Libourne) un urinal entre les cuisses. Si cette position devenait pénible, on permettrait le décubitus latéral droit ou gauche dès le troisième jour.

Il est inutile de mettre aucun pansement vaginal. Par l'injection d'une petite quantité de liquide antiseptique poussé très doucement on s'assurera dès la fin de l'opération du bon fonctionnement de la sonde. Dans les jours qui suivront, on ne fera aucun lavage dans la sonde, à moins que celle-ci vienne à se boucher, provoquant la rétention d'urine d'où résulte-

raient la distension de la vessie et la désunion des points suturés.

La sonde sera retirée vers le quinzième jour, et à ce moment dans la presque totalité des cas la fistule sera fermée.

Marion ajoute que c'est par une technique semblable que 13 malades opérées depuis janvier 1918 ont toutes été guéries.

Le point essentiel dans la cure d'une fistule vésico-vaginale par la voie transvésicale est d'y voir clair, et de pouvoir manœuvrer à l'aise dans la vessie, car, une dissection soignée et une suture parfaite sont les seuls moyens d'obtenir une réunion stable.

Dans le procédé de Marion, l'écarteur intra-vésical de Legueu est indispensable. Il maintient les muscles abdominaux et ouvrant la vessie, la déplisse, l'étale et la rend accessible aux diverses manœuvres opératoires. La pince en cœur placée sur la muqueuse vésicale en arrière de la fistule la rapproche de l'extérieur. Mais, dans certains cas, où l'opération porte sur une vessie petite, sclérosée, ratatinée par des lésions de péricystite ou des interventions antérieures, l'écarteur de Legueu ne peut plus être placé commodément. La vessie n'ayant pas une capacité suffisante serait tellement distendue par les branches de l'écarteur, que l'on éprouverait une grande difficulté à rapprocher les lèvres dédoublées de la fistule. Il y aurait manque de tissu, les sutures tirailieraient et on risquerait de faire du mauvais travail.

La taille longitudinale, dit GOURVITCH, est dans la plupart des cas suffisante pour avoir le jour néces-

saire sur la cavité vésicale. Néanmoins, dans les deux observations de CHEVASSU qu'il rapporte dans sa thèse, la valve de LEGUEU était insuffisante et il fallait recourir à un écarteur à main pour maintenir ouvert l'angle supérieur de la plaie.

Pour diminuer la profondeur du trou au fond duquel on était obligé de travailler, CHEVASSU faisait placer deux doigts d'un aide dans le vagin, pour rapprocher la paroi inférieure de la vessie vers l'ouverture de la plaie.

II. — *Taille Transversale.*

TRENDELENBURG, en créant la taille transversale, dans laquelle la section de tous les plans anatomiques est faite le long d'une ligne parallèle au bord supérieur du pubis, et légèrement concave en haut, a ouvert la plus large voie qu'on puisse obtenir, par l'abdomen, pour les interventions vésicales. Ce procédé donnait beaucoup de jour et permettait d'explorer admirablement la vessie, même chez les sujets gras. Mais une intervention dans laquelle on désinsérerait complètement les droits de l'abdomen, et où l'infection était fréquente, parce que l'asepsie opératoire était alors imparfaite, était presque toujours suivie d'éventration. Toutes les opérées de TRENDELENBURG ont ainsi présenté de volumineuses hernies post-opératoires, « faible inconvénient, disait-il, si on le compare à la terrible infirmité dont on les a guéries ». Le bandage à pelote volumineuse ne permet pas toujours de ré-

duire cette éventration, et les femmes appelées à faire des travaux pénibles en sont sérieusement gênées.

Le Docteur LÉOPOLD, en Amérique, pratiquait aussi une incision transversale longue de dix centimètres ; mais, il abaissait sur elle une seconde incision, de la même longueur, et qui suivait la ligne médiane. De cette façon, l'ensemble de son incision se présentait sous la forme d'un T renversé. Arrivé sur le plan musculaire, il écartait les muscles droits de leurs insertions pelviennes, puis, pratiquait, comme Trendelenburg, la taille vésicale transversale. Mais pour peu que la suture de la paroi s'infecte, ce que l'on ne peut pas toujours éviter, les fils lâchent, les muscles en se rétractant, ouvrent la plaie, entraînent des fistules hypogastriques et de grosses éventrations.

TEYNAC, dans sa thèse inspirée par POUSSON, prétend que ses recherches personnelles faites sur les cadavres, lui ont prouvé la supériorité de la taille transversale pour obtenir un accès large et facile sur la cavité vésicale. Néanmoins, il lui préfère l'incision médiane qui donne moins d'éventration, dit-il, que le procédé des opérateurs allemands, et qui conserve la tonicité des droits servant de sphincter autour du drain sus-pubien l'empêchant de se déplacer sous l'influence des mouvements spontanés de la patiente ou provoqués par les vomissements.

Mais, grâce aux avantages de l'asepsie et de l'antisepsie dont s'entoure la chirurgie moderne, les risques d'infection ont été considérablement diminués et la suture totale de l'incision vésicale, supprimant le

drainage hypogastrique, détruit l'argument de TERNAC.

ROCHET et RUOTTE ont décrit un procédé nouveau de taille transversale, permettant de voir aisément les orifices urétéraux, d'extérioriser pour ainsi dire la vessie : énorme avantage au point de vue des manœuvres opératoires délicates que nécessite la cure des fistules vésico-vaginales, et mettant à l'abri de l'éventration.

Voici d'abord ce que les essais cadavériques leur ont montré : « Lorsqu'on décolle la vessie de haut en bas, le doigt qui suit la symphyse pubienne ne tarde pas à être arrêté dans sa marche sur un obstacle qui change sa direction et le conduit vers l'extrémité inférieure de la face correspondante de la vessie. Cet obstacle est constitué par les ligaments pubio-vésicaux, très résistants au doigt, et très reconnaissables à la vue, lorsque l'opérée est convenablement disposée. En exerçant un certain effort avec le doigt, nous ne sommes pas arrivés à rompre ces ligaments ; mais, le doigt traversait la paroi vésicale, comme si à ce niveau il existait un véritable point faible, et tombant immédiatement sur l'orifice vésical de l'urètre. Le point de repère est absolument fixe ; on peut sans aucune hésitation porter le bistouri à ce niveau, juste au-dessus des ligaments, et, sans qu'il soit nécessaire de distendre la vessie ou de se guider sur une sonde introduite par l'urètre, on tombe directement dans sa cavité à l'endroit précis qui correspond à l'urètre, dont la coloration blanchâtre tranche nettement avec la coloration rouge du reste de la muqueuse ».

Voici maintenant la façon de procéder sur le vivant : Malade en position de TRENDLENBURG.

« L'incision cutanée sus-pubienne dessine une sorte de lambeau à base supérieure, de forme quadrilatère. Le bord inférieur est taillé horizontalement sur le pubis senti dans la profondeur, et cette incision transversale va d'un orifice inguinal externe à l'autre. Les bords latéraux sont dessinés par des incisions verticales ou légèrement obliques en dehors et en haut, qui partent de chaque extrémité du bord inférieur et mesurent trois ou quatre centimètres de hauteur, suivant l'épaisseur des plans abdominaux et la profondeur probable de la vessie. Ce lambeau cutané étant bien dessiné sur tout son pourtour et dans toute l'épaisseur de la peau, on incise les muscles droits transversalement, à un centimètre environ au-dessus de leur attache pubienne (pour la suture ultérieure) — l'incision respecte la partie la plus externe de chacun des muscles droits — et on arrive sur le tissu graisseux sous-péritonéal.

On procède ensuite comme pour la taille hypogastrique ordinaire : décollement du cul-de-sac péritonéal, etc...; mais, on se dirige d'emblée sur l'origine de la vessie même, vers le bord inférieur de la symphyse pubienne, en suivant la face postérieure de cette symphyse de façon à arriver avec le doigt jusque sur les ligaments pubio-vésicaux. En outre, comme on a, par le fait de la section incomplète des droits, un large jour, on dénude la partie inférieure de la paroi antérieure de la vessie, sur une surface transversale

large (cinq ou six centimètres et plus si besoin est, pour des vessies un peu profondes).

Cette dénudation effectuée, on ponctionne la vessie, au bistouri, directement ou-dessus de l'attache de l'urètre, et on agrandit l'orifice latéralement, dans l'étendue qu'on veut : plus le sujet est gras, plus la vessie est profonde, plus la taille transversale doit être large.

A ce moment, on suture provisoirement à l'aide de quelques gros fils de soie ou de catgut la lèvre supérieure de l'incision vésicale, à la partie horizontale du lambeau cutané. La profondeur du puits vésical dans lequel on agissait est considérablement diminuée ; non pas que la vessie, très peu mobile dans sa partie basse, remonte beaucoup du côté des plans superficiels ; mais,, par ce que ces plans descendent vers elle pour ainsi dire, et diminuent d'autant la hauteur de l'entonnoir dans lequel on agit. De plus, la peau ainsi suturée à la vessie masque et refoule derrière elle le cul-de-sac péritonéal et tous les tissus qui pourraient venir flotter au-devant du champ opératoire.

Pour apercevoir les orifices urétéraux, il suffit alors d'étaler, d'étirer en quelque sorte la muqueuse du plancher.

On s'aide pour cela d'une large valve plate, coudée à angle droit, et dont le bec placé derrière la symphyse va accrocher l'orifice urétral et tire en avant la muqueuse en la dépliant.

On procède ensuite au dédoublement des deux orifices et à la double suture vaginale et vésicale.

Ces modifications opératoires à la taille hypogas-

trique transversale permettent d'avoir sous les yeux le plancher vésical, d'inspecter de visu les orifices urétéraux, de reconnaître leurs rapports avec la fistule, rapports sur lesquels M. le Professeur ROCHET a insisté à plusieurs reprises au point de vue réussite de l'intervention et dont nous rapportons une observation inédite.

La cure des fistules vésico-vaginales des deux observations que nous donnons à la fin de notre thèse, ont été obtenues par un procédé identique, employé par B. le Professeur MOLIN. Ce procédé ayant donné toute satisfaction, nous nous permettons de le rappeler en quelques lignes. Il n'offre rien d'original dans chacun de ses temps ; empruntés aux divers modes opératoires que nous venons de décrire.

Premier temps. — Incision de la paroi. — Incision longitudinale basse de la paroi ou incision transversale de PFANNENSTIEL. Découverte de l'insertion des droits. Section partielle des droits à 2 cm. 1/2 au-dessus de leur insertion, portant particulièrement à la face postérieure de ceux-ci, par ce que plus riche en fibres aponévrotiques et plus faciles à réunir à la fin de l'intervention.

Cette section doit se faire par temps successifs, à petits coups de bistouri et entre chacun d'eux l'opérateur doit tâter le degré d'écartement possible des droits.

Cette myotomie partielle dont l'idée revient tout entière à M. le Professeur ROCHET, ne doit pas être considérée comme absolument indispensable. Il se

peut que chez certains sujets dont les droits ne sont ni volumineux, ni puissants, l'écartement pur et simple par l'appareil de RICARD ou de GOSSET avec petites valves, donne un jour suffisant.

Deuxième temps. — Mise en place de l'écarteur de Ricard.

Troisième temps. — Découverte et dénudation de la vessie avec toutes les précautions habituelles.

Quatrième temps. — Incision transversale de la vessie. — Nous donnons nettement la préférence à l'incision transversale, dont les commodités ont été si bien mises en évidence par M. le Professeur ROCHET, Son étendue peut être très considérable. A ses extrémités on n'éprouve aucun des inconvénients rencontrés parfois avec l'incision vésicale longitudinale. A son extrémité supérieure, celle-ci aboutit assez rapidement au péritoine que l'on peut ouvrir involontairement. A son extrémité inférieure, l'incision longitudinale plonge assez rapidement dans la profondeur, intéressant la partie rétro-pubienne de la vessie, sur laquelle les tractions s'exercent moins facilement, précisément en raison de la présence de la symphyse pubienne et des ligament pubo-vésicaux.

Cinquième temps. — Exploration de la cavité vésicale. — On écarte les lèvres de l'incision vésicale, par une série de fils tracteurs à la soie ou au catgut, posés en U ou en X dans la paroi de la vessie, afin d'éviter toute déchirure au cours de la traction.

Quand ces fils sont posés au nombre de trois ou quatre sur chacune des lèvres de la plaie vésicale et

fixés en traction, on se trouve en présence d'une cavité vésicale admirablement présentée. Tous les détails anatomo-pathologiques de la fistule, l'emplacement des uretères, la naissances de l'urètre, apparaissent en pleine lumière.

Sixième temps. — Traitement de la fistule. — Il ne sera pas univoque dans tous les cas ; mais, il s'inspirera avant tout de la nécessité absolue de désunir les muqueuses vaginale et vésicale. C'est le point essentiel.

Dans certains cas il sera difficile d'exécuter la cure idéale, c'est-à-dire la suture séparée des deux muqueuses. La muqueuse vaginale peut fuir dans la libération et ne pas se prêter à une suture méthodique. L'important est de procéder à un décollement suffisamment étendu de la muqueuse vésicale, pour détruire le parallélisme des plans périfistuleux et laisser à la suture vésicale qui, elle, devra toujours être faite très soigneusement, le temps d'aboutir à une cicatrisation définitive pendant les jours qui suivent l'opération, au cours desquels la sonde à demeure sera soigneusement maintenue.

Septième temps. — Suture soigneuse de la vessie en trois plans.

Huitième temps. — Myorraphie des droits.

Neuvième temps. — Fermeture de la paroi sans drainage ou avec drainage aussi court que possible.

SOINS POSTS-OPÉRATOIRES

Il est capital de surveiller attentivement le bon fonctionnement de la sonde de PEZZER pour éviter qu'un

caillot, en venant l'obstruer, puisse provoquer la rétention d'urine d'où résulteraient la distension de la vessie et la désunion des points suturés.

Le tamponnement vaginal après l'opération est tout à fait inutile, le suintement sanguin s'arrêtant spontanément. D'autre part, si la gaze est employée dans un but d'hémostase il faut qu'elle soit tassée fortement pour comprimer les vaisseaux qui saignent, ce qui aurait pour résultat de forcer les sutures, et favoriser la rétention et l'infection de la plaie.

RÉSULTATS

Les suites opératoires ont été très bonnes, aucune complication n'ayant été observée : pas d'infection de la plaie, pas de fistules hypogastriques. Les malades ont quitté l'hôpital trois semaines environ après l'opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Docteur MOLIN)

Fistule urétéro-vésico-vaginale de petite dimension

Mme M..., 44 ans, entre le 27 avril 1914, venant du service de M. le Docteur PLANCHU, pour une fistule vésico-vaginale, consécutive à un accouchement difficile il y a six ans.

Intervention le 5 mai 1914. — On passe une sonde à demeure par le vagin. On s'aperçoit qu'elle pénètre dans un petit orifice et que sa pointe ne joue pas librement. Cette particularité fait penser à la participation de l'uretère à la fistule.

Comme la voie vaginale apparaît dans ce cas vraiment incertaine et difficile, la fistule étant peu abaissable, on utilise la voie transvésicale.

Incision de Pfannenstiel.

Incision de la portion interne des muscles droits, à 2 cent. $\frac{1}{2}$ de leur insertion sur le pubis. On place l'écarteur de Gosset. La vessie est elle-même incisée transversalement et on découvre l'orifice fistulaire siégeant à l'angle postéro-latéral de la vessie. Par cet orifice, on voit sourdre l'urine, ainsi que par l'orifice urétéral normal, blanchâtre, légèrement cicatriciel, et on y introduit un stylet en cuivre mou qui pénètre très facilement dans la lumière de l'uretère. Sur ce stylet, on incise la muqueuse vésicale jusqu'à l'uretère, qu'on libère ainsi un peu plus haut et sur toute l'étendue de la fistule.

A ce moment, une hémorragie de la tranche de section rend très pénible la suite de l'intervention, c'est-à-dire, la suture de la muqueuse urétérale à la muqueuse vésicale. Espérant que l'hémorragie s'arrêtera au bout d'un certain temps, on se porte du côté de l'orifice vésical de la fistule. On incise la muqueuse tout autour de cet orifice, on la rebrousse du côté du vagin, on termine en suturant la muqueuse vésicale sur ce premier plan.

On se reporte du côté de l'urètre et on arrive avec quelques fils de catgut à affronter assez convenablement les deux muqueuses.

Fermeture de l'incision transversale de la vessie à trois plans au catgut. Fermeture de la paroi abdominale. Une sonde à demeure est placée dans la vessie.

Suites excellentes. — Aucun hématome de la paroi.

On retire la sonde à demeure au bout de dix jours et la malade quitte le service, délivrée complètement de son infirmité, dix-huit jours après l'opération.

On se propose de faire revenir à nouveau cette opérée au bout de trois mois, afin d'élucider par un examen cystoscopique le point de beaucoup le plus important de son observation, c'est-à-dire le fonctionnement du nouvel orifice urétéral. Des événements ultérieurs, la guerre, le décès du Docteur Fabre de Virieu, qui avait adressé cette malade au Docteur Plauchu, n'ont pas permis de réaliser ce projet.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur MOLIN)

Fistule vésico-vaginale

Mme Marie M..., 30 ans, cultivatrice. Entre le 30 octobre 1922 dans le service de M. le Docteur MOLIN pour une fistule vésico-vaginale.

La malade a eu quatre accouchements à terme, qui furent très difficiles (forceps sous anesthésie). Les enfants sont d'ailleurs morts dans les jours qui suivirent l'accouchement.

C'est depuis le dernier accouchement que la malade aurait présenté une fistule vésico ou urétéro-vaginale.

L'examen de la malade montre l'utérus en bonne position ; mais, présentant des cicatrices cervicales consécutives à des traumatismes obstétricaux sévères.

Le col est dur, présentant des vestiges de déchirures profondes. La lèvre antérieure a pour ainsi dire disparu et s'est fondue avec la paroi antérieure du vagin. A ce niveau, la paroi vésico-vaginale paraît épaissie et comme infiltrée.

Annexes ni perçus, ni douloureux

Prolapsus de la paroi postérieure du vagin, sans rectocèle proprement dit.

La fistule siège au niveau du cul-de-sac latéral gauche, très près de l'utérus. On sent là un trajet fistuleux induré.

Lorsqu'on remplit de liquide la vessie, celui-ci s'écoule immédiatement et en totalité par le vagin.

Intervention le 10 novembre 1922. — Incision médiane sous-ombilicale basse. Myotomie partielle des droits, portant surtout sur la paroi postérieure de la gaine. La vessie est repérée par une sonde et incisée transversalement.

La fistule est reconnue, elle siège un peu à gauche de la ligne médiane immédiatement au-dessus des orifices urétraux, son diamètre égale à peu près celui d'un hystéromètre.

Décollement et libération du trajet fistuleux invaginé dans la cavité vaginale. Suture à deux plans par-dessus. Fermeture de la vessie sur une sonde à demeure.

Le 18 novembre. — La malade a perdu pendant trois jours un peu de sang par le vagin. Lavages bi-quotidiens par la sonde. Ablation de la sonde. La malade sort le vingtième jour complètement guérie.

La malade n'a pas été revue depuis l'intervention, mais on sait par la sage-femme qui l'avait envoyée que les suites opératoires sont parfaites.

CONCLUSIONS

I. — La supériorité de la voie hypogastrique sur la voie vaginale, dans le traitement des fistules vésico-vaginales, n'est plus à démontrer. On doit avoir recours à la voie vaginale dans les cas exceptionnels de simplicité, où, de visu, avant l'intervention on a la certitude de réussir.

II. — Parmi les procédés de la voie haute : *procédé transpéritonéal* (FORGUE, DITTEL), *procédé transpéritonéo-vésical* (LEGUEU, *procédé sous-péritonéal* (BARDENHEUER), *procédé transvésical* pur, nous donnons nettement la préférence à ce dernier.

III. — Le *procédé transversal* convient en effet à l'immense majorité des cas. La nécessité de pouvoir traiter commodément la fistule impose à la taille vésicale quelques points de technique particuliers à cette opération.

1° *La myotomie partielle des droits* (ROCHET) donne un jour considérable sur la face extérieure de la vessie et met à l'abri de l'éventration.

2° *La taille transversale de la vessie* (ROCHET) donnera le maximum de facilités pour l'abord immédiat de la fistule.

3° Le traitement de la fistule comporte essentiellement la suture de la muqueuse vésicale, avec mise en place d'une sonde à demeure pendant les jours qui suivent l'opération. Cette suture doit être précédée d'un dédoublement aussi étendu que possible, pour supprimer le parallélisme entre la perforation vésicale et la perforation vaginale. La double suture vaginale et vésicale constitue évidemment la meilleure méthode d'obturation. Toutefois, si à cause de difficultés de technique, la suture de la muqueuse n'est pas praticable, on doit considérer la suture seule de la muqueuse vésicale comme suffisante, à condition que la muqueuse vaginale ait été libérée sur une étendue suffisante pour obtenir de cette dernière une bonne réunion secondaire.

IV. — Les deux observations que nous rapportons permettent de se rendre compte de la valeur de ce procédé.

Vu :	PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LE DOYEN,	ROCHET.
JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} Juin 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Méd. opérat. des voies urinaires*, p. 676.
- BARDENHEUER. — Verchluss von sehr grossen vesico-vaginalen Fisteln. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 18 mai 1891, page 500.) XX^e Congress der deutschen Gesellschaft für chirurgie zu Berlin.
- BAUMM. — *Archiv für Gynækologie*, Berlin 1890, xxxix, 3, p. 422.
- BERGER-BAZY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg. de Paris*, 1897, p. 142-190.
- BOARI. — *Clinica Chirurgica*, 1908, t. XVI, p. 996.
- CATHELIN. — Fistule vésico-vaginale post-opérat. guérie par l'inversion endovésicale avec sondage permanent des deux urétéres. *Journal d'Urologie*, 1919, tome VII, n° 1-2, p. 49.
- CHEVASSU. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 31 janvier 1912, p. 183 (rapport de M. Michon), et 25 février 1920, page 335.
- DAVAEOS. — De la voie sus-pubienne transvésicale dans la cure des fistules vésico-vaginales. *Thèse de Paris*, 1920.
- DELBET (Pierre). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, novembre 1901, page 1032, et février 1920, p. 337.
- DITTEL. — Abdominales Blasenscheidenfisteln operation. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893, p. 449.
- DOUMERG. — Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastr. (*Thèse de Montpellier*, 1894-1895.)
- DUPIN. — Quel est le meilleur traitement opératoire des fistules vésico-vaginales ? Résultats comparés des diverses méthodes. (*Thèse de Bordeaux*, 1906.)

- DUPLAY. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la suture intra-vésicale. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1895, p. 585.)
- EMMET. — Incurable vesico-vaginal fistula; a new method of treatment by supra-pubic cystotomie. (*The American Journal of obstetrics and diseases of women and children*, 1895, vol. xxxi, p. 593-603.)
- EVERKE. — Die operation grosser fixierter Blasenscheiden fisteln nach Trendelenburg. (*Zeitschrift für Gynæk. Urologie*, 1909, T. I, n° 4, p. 193.)
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1914, p. 175.
- FAURE (J.-L.). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 25 février 1920, p. 335.
- FORGUE. — De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-urétéro-vaginales. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, p. 503.)
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie du Nouveau Traité de Chirurgie, p. 102.
- FRANCEY. — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. (*Thèse de Paris*, 1914.)
- GAYET. — Fistule vésico-vaginale traitée par voie transvésicale. Guérison. (*Lyon Chir.*, juillet-août 1921, p. 531.)
- GOURVITCH. — La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. (*Thèse de Paris*, 1912.)
- HARTMANN. — *Bull. et Mém. de la Société de Chir.*, 7 février 1912 et 29 janvier 1919.
- HEITZ-BOYER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 25 février 1920, p. 335.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, p. 265.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie, p. 1188.
- Les difficultés opératoires des fistules vésico-vaginales. (*La Clinique*, 11 avril 1913, p. 226.)
 - De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. (*Arch. Urol. de la Clinique de Necker*, 1913, tome I, p. 1.)

- *Bulletin et Mémoire de la Soc. de Chir.*, 29 janvier 1919, page 170. — Séance de la Société française d'urologie du 16 juin 1919. — Compte rendu dans le *Journal d'Urologie*, 1919. Tome VIII, n° 3, p. 193.
- MACGILL. — An operation for vesico-vaginal fistula Irough a supra-pubic opening, in the bladder. (*The Lancet*, 1890, vol. II, p. 966.)
- MADELUNG. — *Corresp. Blatt. des allgemein. Meklemb. Bertzvereins*, 1889, n° 137.
- MARION. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 31 janvier 1912, p. 188 ; 29 janvier 1919, p. 176, et 25 février 1920, p. 331.
- Technique chirurgicale. (*Journal d'Urologie*. Tome VIII, n° 1-2, tome VIII, n° 3, p. 195.
- Trois instruments nouveaux pouvant rendre des services en urologie. (*Journal d'Urologie*. Tome VIII, n° 3, p. 191.
- Traité.
- MARTIN. — Etude sur le traitement des fistules vesico-vaginales, en particulier sur leur traitement par le procédé du dédoublement. (*Thèse de Paris*, 1897.)
- MAUCLAIRE. — Fistules vésico-vaginales. (*Progrès Médical*, avril 1913.)
- MICHAUX. — VI^e Congrès Français de chirurgie 1892. (*Revue de Chirurgie*, 1892, p. 442.)
- Fistules urinaires. (*Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, tome VIII, p. 35.)
- MICOLIER. — De l'opération combinée abdomino-vaginale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. (*Thèse de Lyon*, 1909.)
- PASTEAU. — Technique de la taille hypogastrique. (*Journal d'Urologie*, 1911.)
- POUSSON. — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. (*Archives provinciales de chirurgie*, décembre 1894, n° 13.)

- PARIS et FRANCEY. — Indications et technique de la voie transvésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales. (*Journal d'Urologie*, 1914, p. 311.)
- RICHELOT. — IV^e Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, page 490.)
- ROCHET. — Les principaux modes opératoires des diverses catégories de fistules vésico-vaginales.
- Quelques données de clinique et thérapeutique urinaire, 1906.
- ROCHET et RUOTTE. — Taille hypogastrique modifiée pour arriver à voir aisément les orifices urétéraux dans la vessie ouverte. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 487.)
- ROCHET et MULLER. — Fistules vésico-vaginales compliquées de participation urétérale à la fistule. leur traitement opératoire. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 1057.)
- RAFIN. — Fstule vésico-vaginale opérée par voie transvésicale. (*Lyon Médical*, 1903, p. 215.)
- SEGOND. — *Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1900, p. 912, et 1912, p. 188.
- ROSENTHAL. — (Observation de Léopold). An operation for the cure of vesico-cervical fistula by section alta with recovery. (*The American Jour. of obst. and diseases of women and childrens*, t. xxvii, mars 1893, p. 321.)
- SCHWARTZ. — Un cas d'opération transvésicale de fistule vésico-vaginale. (*Liénicki Viestnik*, n° 7.) (Kroatich.)
- SIMON. — Zur operation der Blasenscheiden fisteln. (*Wien. Méd. Wochenschrift*, 1876, n° 27.)
- SURIN. — L'opération des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. (*Thèse de Lyon*, 1908-1909.)
- TEYNAC. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. (*Thèse de Bordeaux*, 1895.)
- TEDENAT et DELMAS. — Sur les fistules vésico-vaginales. (*La Province Médicale*, octobre 1912.)

THIERS. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. (*Thèse de Lyon*, 1903-1904.)

TRENDELENBURG. — Zur operation der Blasenscheiden fisteln von der Blase aus. Deutsche medicinesche Wochenschrift, 1892, page 518, n° 23, 1893, p. 973.

TUFFIER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, février 1920, p. 336.)

VITRAC. — Le déculutus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale. (*Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstét. et de Pédiatrie de Bordeaux*, décembre 1899 et janvier 1900.

VIOLET et MURARD. — Le traitement par le colpocleisis élevé des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale pour cancer utérin. (*Lyon Chir.*, 1^{er} août 1912, p. 144.)

VERNEUIL. — Chirurgie réparatrice. Fistules vésico-vaginales, 1877.

WILLY MEYER. — Ueber die Nachbehandlung der hohen Steinschnitts sowie über Verwendbarkeit desselben zur Operation von Blasenscheidenfisteln. (*Arch. für Klinische Chirurgie*, 1885, t. xxx, p. 494-524.)

PETIT. — Taille hypogastrique modifiée pour aborder aisément les orifices urétéro-vésicaux et l'extrémité inférieure de l'urètre. (*Thèse Lyon*, 1905-1906.)

Ch. MONOD et J. VANVERTS. — Traité de Technique opératoire 1908. Tome II. Fistules vésico-vaginales.



TABLE DES MATIERES

Historique	7
Chapitre premier. — Etiologie	17
Chapitre II. — Divers procédés de taille hypo- gastrique	21
Observations	39
Conclusions	43
Bibliographie	45

